

Данная форма заявления предназначена только для получения медицинской страховки. Если вы хотите подать заявление о получении других льгот (таких как продовольственная помощь программы **basic food**), позвоните по телефону **1-877-KIDS-NOW**.



- Вы приложили документ, подтверждающий уровень вашего дохода за последние 30 дней?
 - Вы подписали заявление?
 - Вы указали в форме номера социального обеспечения всех детей, для которых подается заявление?
 - Если дети не являются гражданами США, приложили ли вы копии их документов?
- Чтобы заявление было обработано быстрее, пожалуйста, обязательно заполните его полностью.

Доход Укажите ПОЛНЫЙ доход (до вычета налогов или расходов). (Пожалуйста, приложите документ, подтверждающий ваш уровень дохода за последние 30 дней)

11 ИМЯ И ТЕЛЕФОН РАБОДАТЕЛЯ РОДИТЕЛЯ ()	15 ПРОЧИЕ ДОХОДЫ СЕМЬИ ВЫПЛАТЫ НА СОДЕРЖАНИЕ РЕБЕНКА \$	16 СУММА, ПОЛУЧЕННАЯ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 30 ДНЕЙ	17 КТО ИЗ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ ЗАРАБАТЫВАЕТ ЭТОТ ДОХОД
12 Сумма, полученная вами за последние 30 дней, до вычета налогов или расходов: \$ Какая сумма из этого дохода получена от самостоятельной предпринимательской деятельности?*	18 АЛИМЕНТЫ \$	19 ВЫПЛАТЫ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ \$	
13 ИМЯ И ТЕЛЕФОН РАБОДАТЕЛЯ СУПРУГА ИЛИ ДРУГОГО РОДИТЕЛЯ, ЖИВУЩЕГО В ДОМЕ: ()	20 ПОСОБИЯ ПО БЕЗРАБОТИЦЕ \$	21 ДОХОДЫ ОТ ИНВЕСТИЦИЙ/ПРОЦЕНТЫ/ДИВИДЕНДЫ \$	
14 Сумма, полученная вашим супругом (или другим родителем, живущим в доме) за последние 30 дней, до вычета налогов или расходов: \$ Какая сумма из этого дохода получена от самостоятельной предпринимательской деятельности?*	22 ПОСОБИЯ ДЛЯ ВЕТЕРАНОВ \$	23 ПОСОБИЯ ДЕПАРТАМЕНТА ТРУДА И ПРОМЫШЛЕННОСТИ \$	
15 *ЕСЛИ ВЫ ИЛИ СУПРУГ(И) ИЛИ ДРУГОЙ РОДИТЕЛЬ, ЖИВУЩИЙ В ДОМЕ ЗАНЯТЫ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ, ТО МОГУТ СУЩЕСТВОВАТЬ ДРУГИЕ ОПИСАНИЯ. ПОЖАЛУЙСТА, ЗВОНИТЕ ПО ТЕЛЕФОНУ 1-877-KIDS-NOW ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ ИЛИ ПОМОЩИ В ЗАПОЛНЕНИИ ЗАЯВЛЕНИЯ.	24 ВЫПЛАТЫ ВОЕННЫМ ПО АТТЕСТАТУ \$	25 ПРОЧЕЕ (пожалуйста, поясните) \$	
24 Необходима ли вам помощь в оплате неоплаченных медицинских счетов – за последние 3 месяца – за обслуживание любого из детей, для которых вы подаете заявление? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>			

Если "Да", пожалуйста, пришлите копии документов о доходе семьи за все те месяцы, за которые вы просите нас произвести пересмотр.

Информация о медицинских страховках Сообщите обо всех медицинских страховках, которые уже есть у ваших детей.

25 А Есть ли уже у кого-либо из детей медицинская страховка? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	25 Б Если "Да", то покрываются ли этой медицинской страховкой услуги врача, больницы, а также рентгенологические и лабораторные услуги? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	26 А Были ли ваши дети застрахованы посредством медицинской страховки, связанной с работой, в течение последних 4 месяцев? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	26 Б Если "Да", то составлял ли взнос за иждивенцев менее 50 долларов в месяц? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
27 Если вы ответили "Да" на любой из вопросов, приведенных выше (25а или b либо 26а или b), пожалуйста, укажите страховые компании или работодателей, предоставляющих страховку вашим детям.			
СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ ИЛИ РАБОДАТЕЛЬ	НОМЕР СТРАХОВОГО ПОЛИСА	ИМЯ ДЕРЖАТЕЛЯ СТРАХОВОГО ПОЛИСА	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДЕРЖАТЕЛЯ СТРАХОВОГО ПОЛИСА (НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО)

Расовая принадлежность/этническое происхождение детей (добровольно предоставляемая информация)

Мы просим вас добровольно сообщить нам информацию о расовой принадлежности и этническом происхождении ваших детей. Данная информация не будет использована при рассмотрении вопроса о предоставлении вам права на льготы.

Американский индеец или коренной житель Аляски Азиатской расы Черный или афроамериканец Латиноамериканец

Коренной житель Гавайских или других тихоокеанских островов Белый Другое _____

При реализации всех программ и проведении всех мероприятий, которыми руководит Департамент социального обеспечения и здравоохранения (Department of Social and Health Services) дискриминация запрещена. Никто не может быть исключен из программ или мероприятий на основании расовой принадлежности, цвета кожи, убеждений, политических взглядов, национального происхождения, религии, возраста, пола или инвалидности.

Прочтите внимательно, перед тем как ставить подпись

Данное заявление предназначено только для получения медицинских льгот детьми. Если кто-либо из вашей семьи уже получает или хотел бы подать заявление о получении денежных пособий, получении продовольственной помощи программы **basic food** или других пособий, пожалуйста, свяжитесь со своим местным Отделом социального обеспечения (Community Services Office, CSO) департамента DSHS.

- Департамент DSHS может попросить вас документально подтвердить предоставленную им вами информацию, чтобы определить, имеете ли вы право на получение льгот. Вы можете обратиться в департамент DSHS за помощью в получении подтверждающих документов.
- Ваша информация может быть проверена другими органами штата и федеральными органами. Данная информация НЕ БУДЕТ предоставлена Службе натурализации и иммиграции (Immigration and Naturalization Service, INS).
- Обращаясь за получением и получая медицинские льготы, вы передаете штату Вашингтон все права на любую помощь, предназначенную для оплаты медицинского обслуживания, а также на любые платежи третьих лиц, предназначенные для оплаты медицинского обслуживания.
- Департамент DSHS может передавать информацию о прививках вашего ребенка Службе надзора за иммунизацией детей (Child Profile Immunization Tracking System).

ЗАЯВЛЕНИЕ И ПОДПИСЬ

Я прочел и понял информацию, приведенную в настоящей форме заявления. Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство, что информация, предоставленная мною в настоящем заявлении, насколько мне известно, является точной и полной.

Подпись заявителя _____
X _____ Дата _____

Как подать заявление

ОПРАВЬТЕ ЕГО ПО ПОЧТЕ ПО СЛЕДУЮЩЕМУ АДРЕСУ:

**Dept. of Social and Health Services
P.O. Box 45449
Olympia, WA 98504-5449**

ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПОМОЩИ:
Если вам необходима помощь или у вас возникли вопросы, пожалуйста, звоните по телефону:
 **1-877-KIDS-NOW.
(1-877-543-7669)**

Недорогая или бесплатная медицинская страховка для детей и подростков штата Вашингтон



1-877-KIDS-NOW

Бесплатный телефон (1-877-543-7669)

Обратитесь к операторам, которые готовы помочь вам с 8:00 до 17:00 с понедельника по пятницу, либо отправьте ваше заявление по почте сегодня!

Вы также можете найти информацию на нашем веб-сайте по адресу: <http://healthykidsnow.net/>

Департамент социального обеспечения и здравоохранения штата Вашингтон DSHS 22-394(x) RU (Rev. 4/04)



! Право на участие имеют тысячи детей в возрасте до 19 лет

Данные программы предъявляют гибкие требования и распространяются на детей и подростков из различных семей:

- детей, имеющих одного родителя
- детей, имеющих двух родителей
- детей работающих родителей
- детей, живущих с дедушками и бабушками, в других семьях или у друзей
- детей, имеющих двух родителей
- молодых людей (в возрасте до 19 лет), живущих самостоятельно

Даже дети, имеющие существовавшие ранее заболевания, имеют право на участие.

? Какие виды услуг оплачиваются страховкой?

Программами медицинского страхования оплачивается полный спектр услуг, которые необходимы всем детям, чтобы оставаться здоровыми. Если ваш ребенок получит право на участие, вам предоставят дополнительную информацию о том, как воспользоваться обслуживанием. Ниже приведены примеры некоторых услуг, оплачиваемых страховкой:

- приемы у врача или медсестры
- стоматологические услуги
- медосмотры и прививки
- физиотерапия и логопедия
- транспортировка на приемы у врача
- услуги больниц и неотложной помощи
- рецепты
- очки и слуховые аппараты
- услуги по планированию семьи
- консультации и многое другое!

? Как мне узнать, имеют ли мои дети право на участие?

Используемая процедура проста, и многие работающие семьи отвечают требованиям. При определении наличия права рассматривается уровень дохода, размер семьи (*обязательно включите будущих детей беременных женщин в качестве членов семьи*) и некоторые ежемесячные расходы. Чтобы узнать, могут ли ваши дети получить право на участие, выполните простые шаги, перечисленные ниже. Затем сравните ваш ежемесячный доход со значениями таблицы.

Шаг 1

Запишите ежемесячный доход вашей семьи (до вычета налогов)

- Вычтите все расходы, которые вы несете по уходу за детьми и взрослыми в связи с работой.
- Вычтите все ежемесячные выплаты, которые вы осуществляете согласно распоряжению суда на содержание детей, не проживающих в вашем доме.
- Вычтите по 90 долларов на каждого работающего взрослого члена семьи.

Шаг 2

Сравните, чтобы определить, отвечаете ли вы требованиям

Если ежемесячный уровень дохода вашей семьи приблизительно равен суммам, приведенным в таблице, ваши дети могут получить право на медицинскую страховку по сниженной цене или бесплатную медицинскую страховку!

Многие могут иметь более высокий доход и все равно будут отвечать требованиям для участия. Если ваш доход выше значений, приведенных в таблице, пожалуйста, позвоните 1-877-KIDS-NOW для получения дополнительной информации.

Количество членов семьи (включая родителей и детей)	Примерный ежемесячный доход (после вычетов в Шаге 1)
1	до \$1,940
2	до \$2,603
3	до \$3,265
4	до \$3,928
5	до \$4,590
Более	Прибавьте \$663 на каждого дополнительного члена семьи

Указанные размеры дохода действуют до 31 марта 2005 г. Данная таблица распространяется только на медицинские страховки для детей младше 19 лет. Для семей и беременных женщин существуют другие программы с иными требованиями для получения права на участие. Чтобы получить дополнительную информацию, позвоните по бесплатному телефону 1-877-KIDS-NOW.

! Подать заявление просто!

- Заполните форму заявления, прилагаемую к данной брошюре.
- Отделите страницу с заявлением.
- Отклейте конверт от формы заявления.
- К заявлению приложите копии документов, подтверждающих уровень дохода. Например:
 - корешки чеков заработной платы за последние 30 дней;
 - отчет лица, занимающегося самостоятельной предпринимательской деятельностью; ИЛИ
 - письмо от работодателя с указанием вашего месячного заработка до вычетов.
- Вложите заявление в конверт.
- Опустите его в любой почтовый ящик! Почтовая марка не требуется.

? Как скоро мои дети получат медицинскую страховку?

- В первую очередь рассматривается возможность предоставления бесплатной страховки детям.
- Медицинская страховка, утвержденная для детей, начнет действовать с первого дня того месяца, в котором было получено их заявление!
- В течение 6 недель вы получите письмо, в котором будет сообщаться, имеют ли ваши дети право на участие.
- Когда право ваших детей или подростков на получение страховки будет одобрено, они смогут начать получать медицинские услуги немедленно.
- Чтобы заявление было обработано быстрее, обязательно заполните его полностью.
- Каждые 6 месяцев вам будет отправляться по почте форма для продления их страховки.

! Отличные программы для детей штата Вашингтон

Программы Medicaid и CHIP

- Недорогая или бесплатная страховка.
- В первую очередь рассматривается возможность предоставления бесплатной страховки детям.
- Счета за страховые взносы выставляются ежемесячно.
- Если у вас четверо или более детей, вы будете платить страховые взносы только за троих детей.
- Некоторые дети могут иметь право на покрытие страховкой неоплаченных счетов за медицинские услуги за последние три месяца.

Чтобы получить помощь в своем районе, звоните:



Заявление о предоставлении детских медицинских льгот



Данное заявление предназначено только для получения страхового обеспечения медицинских услуг для детей и подростков в возрасте до 19 лет. Любой человек может подать заявление в интересах ребенка. Дети могут подавать заявление от своего имени. Мы направим всю дальнейшую информацию лицу, указанному в пункте 1. Если у вас есть вопросы или вы хотели бы получить помощь в заполнении данной формы, просто позвоните по телефону 1-877-543-7669. Мы будем рады вам помочь!

Пожалуйста, пишите печатными буквами, используя чернила черного или синего цвета. Не пользуйтесь карандашом. (Укажите родителя, опекуна или лицо для связи, которое будет получать последующую информацию)

1	ИМЯ	ИНИЦИАЛ ОТЧЕСТВА	ФАМИЛИЯ		
2	АДРЕС, ГДЕ ВЫ ПРОЖИВАЕТЕ	УЛИЦА	ГОРОД	ШТАТ	ИНДЕКС
3	АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ (ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ)	УЛИЦА	ГОРОД	ШТАТ	ИНДЕКС
4	НОМЕРА ТЕЛЕФОНОВ	5	Есть ли у вас трудности с устной речью, чтением или письмом на английском языке?	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	ДОМАШНИЙ ()		Какой язык или альтернативный формат вам необходим? _____		
	РАБОЧИЙ ()		Нужен ли вам переводчик? (Если да, то мы окажем вам помощь через переводчика.)	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	ДЛЯ СООБЩЕНИЙ ()		На каком языке вы говорите? _____		
		6	Есть ли дети до 19 лет, страдающие заболеваниями, которые требуют немедленного внимания?	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
			Есть ли в вашем доме беременные женщины?	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
			Если "да", то укажите имя _____		

Общая информация

7 Укажите членов семьи, проживающих вместе. (При необходимости приложите отдельный лист бумаги, чтобы перечислить остальных членов семьи.)							
ИМЯ (ИМЯ, ОТЧЕСТВО, ФАМИЛИЯ)	РОДСТВО С ВАМИ	ДАТА РОЖДЕНИЯ (М/С/ДН/ГД)	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ * = НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО	ПОЛ М или Ж	ГРАЖДАНИН США ДА НЕТ	ЗАПОЛНИТЕ, ЕСЛИ РЕБЕНОК НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ГРАЖДАНИНОМ США	
A. РОДИТЕЛЬ, ОПЕКУН ИЛИ САМ РЕБЕНОК			*		<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	БЫЛ ЛИ РЕБЕНКУ ВЫДАН ПОДТВЕРЖДАЮЩИЙ СТАТУС ДОКУМЕНТ? ДА НЕТ	ЕСТЬ ЛИ У РЕБЕНКА СПОНСОР? ДА НЕТ
B. СУПРУГ ИЛИ ДРУГОЙ РОДИТЕЛЬ (если проживает в доме)			*		<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ		
C. УКАЖИТЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ МЛАДШЕ 19 ЛЕТ (которые хотят получить медицинские льготы)					<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
D.					<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
E.					<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
F.					<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
G. УКАЖИТЕ ДРУГИХ ВЗРОСЛЫХ/ДЕТЕЙ В ДОМЕ (которые не хотят получить медицинские льготы)			*		<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	Примечание: пожалуйста, приложите любые документы, подтверждающие статус ребенка.	
			*		<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ		
8 Является ли ребенок в возрасте до 19 лет, живущий в вашей семье, инвалидом? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>							
Если "Да", то укажите имя _____							

Расходы

Данная информация может помочь вашему ребенку получить право на льготы.

9	Платите ли вы за уход за ребенком, пока вы работаете?	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	Если "Да", то сколько вы платите в месяц? \$ _____
	Платите ли вы кому-нибудь за уход за совершеннолетним иждивенцем, являющимся инвалидом, пока вы работаете?	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	Если "Да", то сколько вы платите в месяц? \$ _____
10	Производите ли вы по распоряжению суда выплаты на содержание ребенка, который не проживает в вашем доме?	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	Если "Да", то сколько вы платите в месяц? \$ _____